

日本における健康寿命の推移

研究分担者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部長

研究要旨

新興国における人口高齢化は日本における 1970～80 年代の状況に類似しており、その頃から現代にいたる日本の高齢化の状況を健康寿命の推移として把握した。男女とも 1970 年代から 2010 年までの期間、非就床寿命、非寝たきり寿命は、平均寿命の伸びに並行して伸長したが、介護不要寿命は 2000 年以降伸びが止まり停滞している。現在の人口高齢化が始まったばかりの国においても一定の寝たきり者がいることが推測され、人口高齢化と健康状態に関する適切なデータ収集および分析の必要性がある。また日本における介護不要寿命の停滞は介護供給体制の充実によるものであると考えられ、高齢化の進展とともに健康度をいかに定義し正確にとらえるかが重要である。

A. 研究目的

近年、世界的な高齢化、グローバルエイジングが地球規模課題として取り上げられるようになった。新興国を含めた途上国における人口高齢化は、いまだ不十分な高齢者ケアシステム、特に介護保険はおろか健康保険も十分に整備されていないこと、また高齢者ケア施設がほとんど整備されていないことを鑑みれば、その対策の重要性は高い。

日本は現在 65 歳以上高齢者割合（以下「高齢化率」とする）が 25%に至っており、世界で最高の高齢化率となっているが、欧米各国に比して人口高齢化は遅く始まった。1950 年における日本の高齢化率は 5%であり、フランス 11.4%、イギリス 10.8%、ドイツ 9.6%の半分程度であったが、2000 年には日本の高齢化率はようやく仏英独の高齢化率を追い抜き、その後さらに上昇している。一方で 2010 年における韓国 11.1%、タイ 8.9%、アルゼンチン 10.6%といった高齢化率は、日本の 1970～80 年代の値であり、これら新興国の高齢化率は日本よりも急速に上昇していくと予測されている（いずれの数値も UN 2013 より算出）。つまり、欧州諸国と比べ急速に高齢化が進んだ日本の 1980 年前後の状況は、今の新興国の高齢化の状況に近いということであり、本研究では、その頃から現代に至る日本の高齢化の状況を分析することにより、今後の世界的な人口高齢化、特に新興国における人口高齢化の状況を推測することを目的とする。

B. 研究方法

「高齢化の状況」のうち、本稿では健康状態、特に健康寿命に着目する。健康寿命とは死亡率から計算される平均寿命を用い、それに健康度を加味して算出されるものである。平均寿命と同様に 0 歳時健康余命が健康寿命、ということになるが、ここでは単に「健康寿命」とする。1960 年代より指標として提案され (Sanders 1964, Sullivan 1971, Katz et al. 1983, Rogers 1989)、日本における健康寿命は早くは 1974 年に国民生活審議会調査部会による「社会指標」の中で「平均健康余命」として計算されており、その後数々の研究がなされた (菱沼・曾田 1983、重松・南条 1984、小泉 1985、Hayashi 1989、林・郡司 1989、林 1990、郡司・林 1991、井上・重松・南条 1997、橋本 1998、辻 1998、齋藤 1999、Yong and Saito 2009、Hashimoto et al. 2012)。これらの研究はそれぞれ、健康度の指標は異なっており、また算出期間は限られ

たものとなっている。そこで本稿では、戦後日本社会において、健康寿命がどのように推移したのか、という点に注目し、データが得られるだけ長期間の推移分析を試みる。健康指標のデータソースとしては、厚生労働省の基幹統計であり、全国標本調査である国民生活基礎調査およびその前身である国民健康調査と厚生行政基礎調査を用いた。健康指標には主観的健康感や医療保険制度により左右される受療率などもあるが、ここでは、床に就いて日常生活が送れなくなった、介護の必要がある、といった客観的に図ることができると思われる指標に関して検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は公的統計のうち公表された集計表のみを用いているため、個人情報保護等に関する問題は生じない。

C. 研究結果

1. 健康指標の変遷

厚生行政基礎調査、国民健康調査は1953年より行われており、1986年に国民生活実態調査、保健衛生基礎調査とあわせて国民生活基礎調査に統合されるまで、厚生省（当時）により毎年行われていた全国標本調査である。調査が開始された当初1950年代の調査票を見ると、耕地面積別世帯類型や結核世帯員数、水道か井戸かといった飲料水の項目、医療保険の加入状況などが含まれ、発展途上にあつた日本における公衆衛生施策の基礎資料とすることが目的であつたことが見て取れるが、時代を下るごとにその質問項目は慢性疾患対策、人口高齢化に対応したものとなつていく。1974年には国民健康調査で「就床状況」に関する質問項目が追加され、1978年には厚生行政基礎調査において「寝たきり」に関する項目が追加された。これらは、床についたがすぐに死ぬわけではない慢性疾患の増加、また「寝たきり老人」が社会問題化してきた状況に呼応していると思われる。就床状況に関しては毎年、寝たきりに関する項目は3年に一度、1985年にそれぞれの調査が終了するまで聞き続けられており、その後1986年に国民生活基礎調査に引き継がれた。

国民生活基礎調査において就床状況は健康票において取り上げられており、国民健康調査では過去1年間の就床日数であつた質問項目は、国民生活基礎調査では過去1ヶ月の就床日数となり現在まで継続して質問票に含まれている項目である。さらに国民健康調査では調査日前後3日間の就床状況を聞いているが、この項目は国民生活基礎調査に移行してから1992年まで3回ほど聞かれ、その後はなくなった。当初は、日常生活における疾病の影響を把握するために就床状況を聞いていたが、慢性疾患の増加に伴い、床についたかどうかを疾病の重篤性を適切に表すものでなくなつてきたことを示していると考えられる。

寝たきり者の状況については、厚生行政基礎調査から国民生活基礎調査に受け継がれた。厚生行政基礎調査では1978年、1981年、1984年と3年に1回聞かれており、世帯に寝たきり者がいる場合には、寝たきりの期間、介助の種類（入浴、屋内移動、着衣、排便、食事）などを聞いている。厚生行政基礎調査では、介護は寝たきり者に行うもの、という前提の設問であつた。一方国民生活基礎調査第1回となつた1986年では、介護の可否を介護の種類（入浴、歩行、排泄、食事など）と共に聞き、さらに寝たきりの有無を聞いている。つまり介護が必要であるが寝たきりではない、という高齢者が増えてきた、もしくは認識されてきたのがこの頃である。

2000年に介護保険制度が開始した後の最初の大規模調査である2001年の国民生活基礎調査では、それまでの「介護の可否」という項目が「手助けや見守りの可否」という表現になり、要介護認定をうけ

ているかどうか、という別設問が追加された。このときより「手助けや見守りが必要な者」の日常生活の自立の状況に関する設問が追加され、その代わりに「寝たきり」という言葉は使われなくなった。介護票が追加となり、それまで聞かれていた入浴、歩行、排泄、食事別の介護の種類は、「心身の状況」つまり ADL として、新設された介護票の中で詳細に聞かれるようになった。

1970 年代では「寝たきり」と一言で表されたものが、時代を経るにつれ、どのような日常生活が可能なのか、自立の状況はどうか、といった多様な設問に分化しており、介護、手助けや見守りが必要といってもその内容は多様であり、それを正確に把握するために質問内容が変化・拡大してきた様子がうかがわれる。

以上に記述した 3 調査における健康指標に関する項目の変遷を別表 1 に示した。

2. 算出された健康寿命

健康寿命の算出には Sullivan 法を用いた。つまり公表されている生命表の定常人口 nL_x を、各健康指標で得られる年齢区分毎に算出し、それらに健康指標を掛け合わせ、全年齢を合算したものを健康寿命とする。HLE を健康寿命、 e_0 を平均寿命、 Ma_0 を 0 歳から最終年齢 z までの非健康期間、 ${}_nMa_x$ を x 歳から $x+n$ 歳の非健康率として式で表せば、

$$HLE = e_0 - Ma_0 = e_0 - \sum_{x=0}^z nL_x \times {}_nMa_x$$

と表される。非健康率は、①過去 1 年間に 31 日以上就床した人の割合（国民健康調査 1974～1985 年）、②寝たきり者の割合（厚生行政基礎調査 1978～84 年、国民生活基礎調査 1986～1998 年）、③介護が必要な人の割合（国民生活基礎調査 1986～1998 年）、もしくは手助けや見守りが必要な人の割合（2001～2010 年）とした。2001 年からは「寝たきり者」に関する設問はなくなったが、手助けや見守りが必要な人の日常生活の自立の状態が 4 段階で聞かれており、このうち、「1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する」としたものが「寝たきり」に近いものとみなし、これを④非自立者の割合として非健康率とした。これらの非健康率を用いて、非健康期間を算出し、平均寿命から差し引いたものを健康寿命とした。それぞれの指標による健康寿命の名称を、①非就床寿命、②非寝たきり寿命、③介護不要寿命、④自立寿命とし、算出結果を図 1、別表 2 に示した。

男性は女性よりも平均寿命が短いので、健康寿命のいずれも、女性よりも短くなっているが、各種健康寿命の推移は男性と女性と似た傾向を示している。1974 年～1985 年の就床期間は男性 3.5 年、女性で 4 年程度で一定的であり、そのため平均寿命と同じペースで非就床寿命も伸長している。ここでいう「就床」とは、過去 1 年間に 31 日以上就床した、ということであるため、かならずしも 3.5、4 年間就床した、ということにはならないことに留意する必要がある。

寝たきり期間をみると、厚生行政基礎調査による寝たきり期間は、1978 年では男性で 0.64 年、女性で 0.88 年であり、その後 1981 年、1984 年では男女とも 0.1 年程度ずつ上昇しているが、国民生活基礎調査に切り替わった 1986 年で寝たきり期間は半分程度になり、男女ともそれ以降 1998 年までほぼ一定である。また寝たきり期間は 2001 年以降の非自立期間(男性 0.31 年、女性 0.66 年)とほぼ同じ水準であり、2001 年から 2010 年までの非自立期間もほぼ一定で推移している。

一方、介護、もしくは見守りや手助けが必要な期間は、1986 年では男性 0.52 年、女性が 0.63 年であったところ、年を重ねるごとに上昇し、2010 年では男性 3.45 年、女性 5.38 年と大きく伸長している。

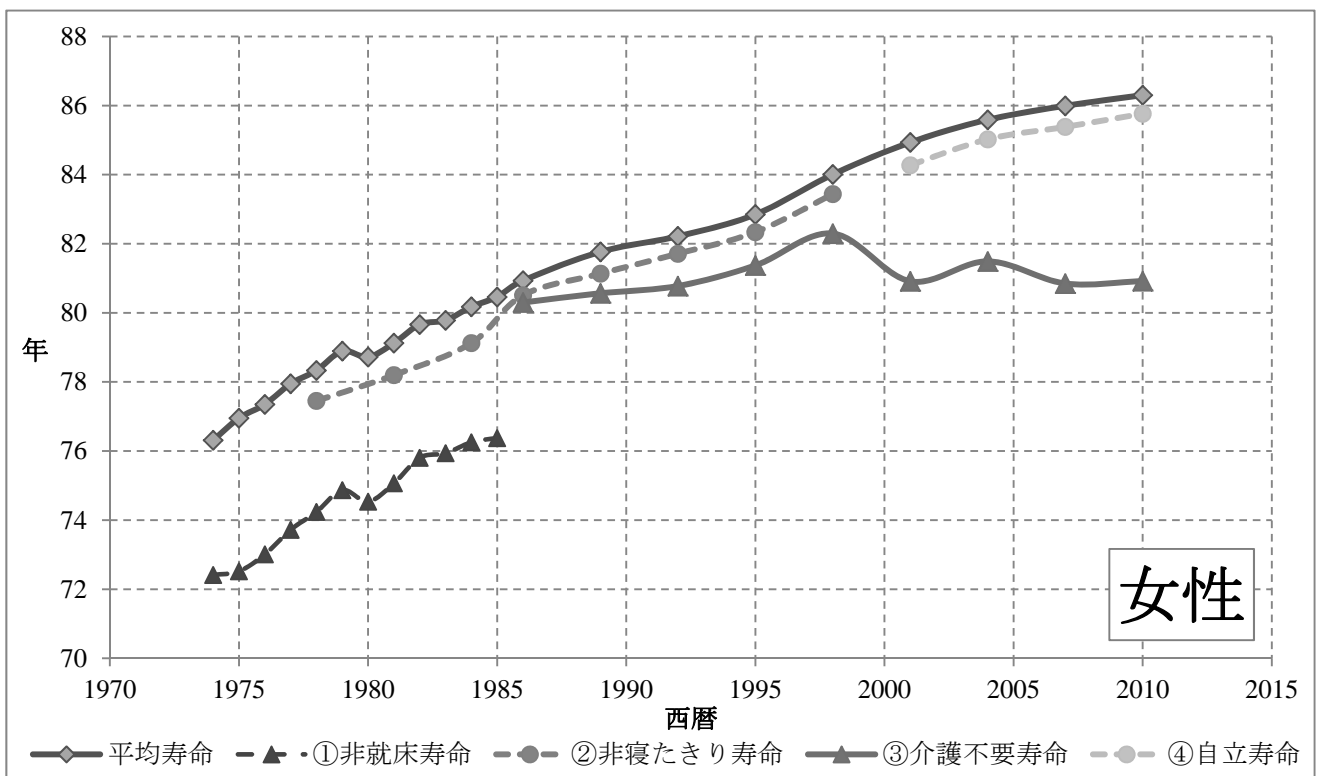
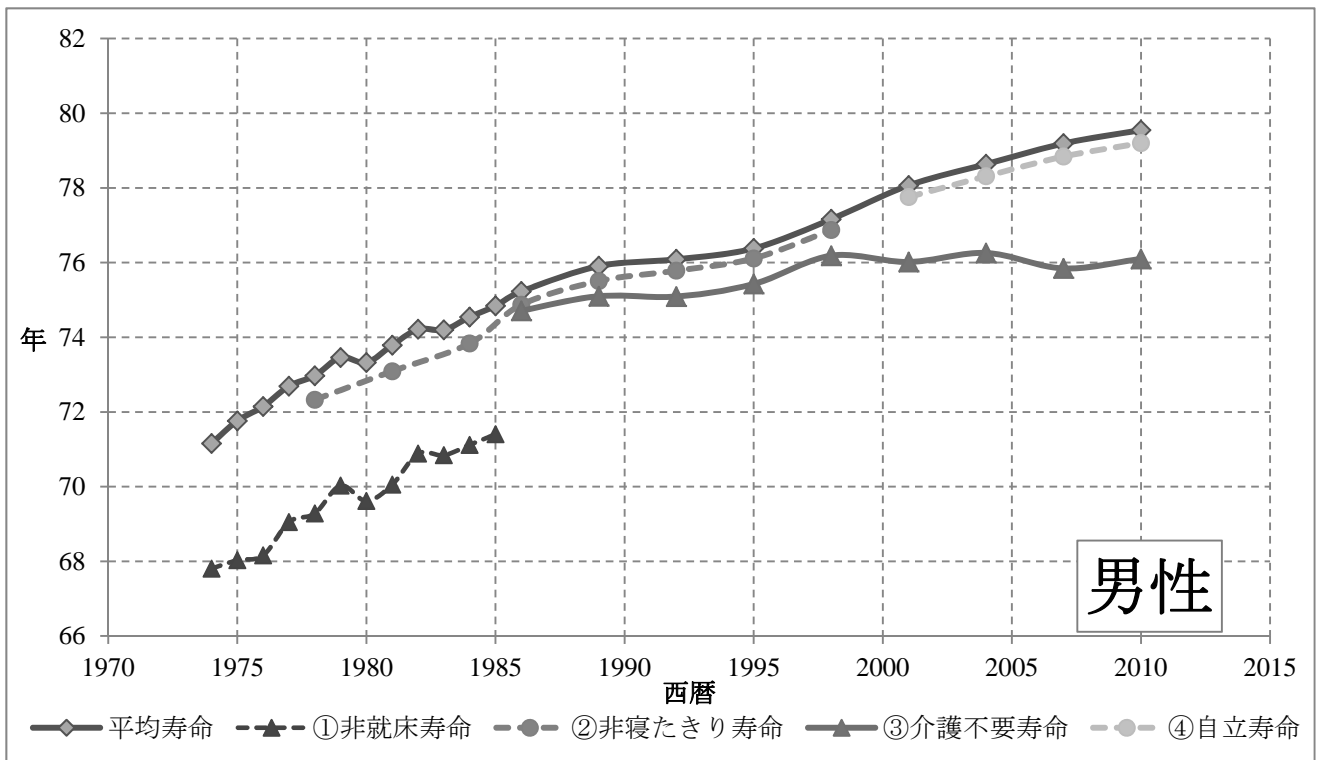


図 1 健康寿命の推移

3. 施設入所者を加味した補正健康寿命

今回用いた3つの調査は、一般世帯を対象としたものであり、社会施設に居住している人々は対象とされていない。林（1990）では、社会福祉施設調査報告に基づいて、社会福祉施設に入っている人口は、1975年では全人口の1.80%、1980年では2.16%、1985年では2.14%であり、65歳以上人口に限ってみても、それぞれ1.33%、1.51%、1.68%と欧米諸国に比べて少なく、これらを補正すると非健康期間が男

で約0.1年、女で約0.25年増加するものの、その健康寿命に対する割合は小さいため無視できるとした。また Yong and Saito (2009)、Hashimoto et al. (2012) でも、施設入所者による影響は小さく無視できるとされている。

しかし、近年では介護が必要な高齢者が居住する施設は社会福祉施設以外に介護保険施設やグループホームなどと多様化しており、高齢者の施設居住者は増大している。国勢調査によれば、1970年の病院や社会施設を含む準世帯に居住する65歳以上人口は20万人であったが、年々上昇し、2010年の施設等の世帯に住む65歳以上人口は約8倍の167万人となった¹（表1）。これは人口の高齢化と平均寿命の伸長により高齢者人口全体が増大してきていること、また社会施設の供給体制が整備されてきて定員数が増えたことによるものであると考えられる。65歳以上人口における施設居住者の割合をみると、1970年の2.8%から2010年の5.7%と二倍程度に増大している。さらに細かく年齢別に施設に住む人の割合を見ると、65～69歳、70～74歳の年齢層では施設等の世帯にいる人の割合は特に2000年以降減少の傾向があるが、それ以上、特に85歳以上ではこの割合の上昇が著しい。

表1 施設等の世帯人員数および総人口に対する割合（国勢調査）

		1970	1980	1990	2000	2010
実数	65～69歳	71,245	73,167	83,228	106,279	114,600
	70～74歳	57,055	93,545	103,263	129,007	146,923
	75～79歳	40,080	97,390	144,170	171,290	232,494
	80～84歳	23,005	72,312	152,488	214,216	349,052
	85歳以上	11,225	44,459	156,957	403,199	824,792
	(再掲) 65歳以上	202,610	380,873	640,106	1,023,991	1,667,861
割合	65～69歳	1.9%	1.8%	1.6%	1.5%	1.4%
	70～74歳	2.2%	3.1%	2.7%	2.2%	2.1%
	75～79歳	2.7%	4.8%	4.8%	4.1%	3.9%
	80～84歳	3.2%	6.6%	8.3%	8.2%	8.0%
	85歳以上	3.5%	8.4%	14.0%	18.0%	21.7%
	(再掲) 65歳以上	2.8%	3.6%	4.3%	4.6%	5.7%

注：1970年は、準世帯の人員数

なお川越（2008）は高齢者の住まいの一覧を作成しており、その中で要支援・要介護者が居住する施設の在所者数をみると、ケアハウス 65,715 人、有料老人ホーム 91,524 人、養護老人ホーム 66,667 人、グループホーム 132,817 人、介護保険施設 784,235 人の計 1,140,958 人となる。これは 2006～2007 年の値であるが、2000 年の国勢調査の施設等の世帯人員数 1,023,991 人と 2010 年の 1,667,861 人の間にあり、おおむね国勢調査における高齢者の施設等の世帯人員数の内訳を示しているものであると思われる。

このように増え続けている施設居住者の割合が、健康寿命に影響を与えるかどうかを確かめるためには、施設居住者の健康度についての情報が必要となるが、対象とする期間を通じたそのような情報は得ることができない。2010 年については、施設等の世帯の種類別の年齢別人員数が得られるので、病院・

¹ 国勢調査では、1980年までは「普通世帯」と「準世帯」、1985年以降は「一般世帯」と「施設等の世帯」に分けられており、病院・療養所の入院者、社会施設の入所者は、「準世帯」、「施設等の世帯」に含まれる。「施設等の世帯」は、寮・寄宿舎の学生・生徒、病院・療養所の入院者、社会施設の入所者、自衛隊営舎内居住者、矯正施設の入所者、その他のカテゴリーがあるが、「準世帯」にはさらに間借り・下宿などの単身者、会社などの独身寮の単身者が含まれる。2010年では65歳以上で「施設等の世帯」に住む人の99%が病院・療養所の入院者、社会施設の入所者であり、過去の年においては年齢別施設の種類別の集計表が得られないため、2010年と同様に「準世帯」、「施設等の世帯」に居住する高齢者はそのほとんどが病院・療養所の入院者、社会施設の入所者であるとみなした。

療養所の入院者、社会施設の入所者すべてが手助けや見守りが必要であるとみなして要介護期間を計算すると、男性で4.29年、女性で6.86年となり、補正をしない要介護期間より男性で0.83年、女性で1.48年ほどの増加となり、前述の林（1990）による1980年代の補正による増加幅と比べて大きくなっている。しかしこの増加幅は、介護不要寿命76.10年（男性）、80.92年（女性）のそれぞれ1.1%、1.8%であるので、その影響ははまだ限定的であるとも考えられる。

しかし、寝たきり期間や非自立期間については、その期間自体が短いこともあり、施設入所者の健康状況により有意な影響を受けることも考えられる。現段階では施設入所者の寝たきり・非自立の状況を正確に表すデータが得られていないため、その影響は算出不可能であるが、今後何らかの形で明らかにすることが望まれよう。

D. 考察

1. 健康寿命の二つの異なった推移について

林（1990）では、床に就いた率を健康指標としたときの健康寿命は、平均寿命と並行して伸長しているとし、日本に於いては疾病の相対的な圧縮がある、とした。本稿ではさらに長期にわたって複数の指標により健康寿命を算出し、非就床寿命、非寝たきり寿命、自立寿命は平均寿命の伸びと同様に伸長していること、介護不要寿命は2000年以降伸長していないことが明らかになった。自立寿命の定義は、「1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替において介助を要する」状態であり、寝たきり寿命と同じものとみなすと、寝たきりかどうか、で判断した場合の健康寿命は、1970代から2010年に至るまで平均寿命と同じペースで伸長している、つまり相対的な疾病の圧縮があり、日本における寝たきり期間の総和は昔も今も変わらない、という事になる。生物的に見た場合、人間の死に至るメカニズムは一定である、ということが言えるのかもしれない。

一方で、介護が必要か、手助けや見守りが必要かどうか、という指標で算出した介護不要寿命は、2000年から伸び悩んでおり、この動向は、Yong and Saito(2009)が主観的健康度により算出した健康寿命と同様の傾向である。介護不要寿命の停滞はつまり要介護者率の増加とそれによる要介護期間の伸長によるもので、介護保険制度があるために介護が必要だと訴える人が増えた、もしくは介護需要が喚起されたことによると考えられ、これは有病率が医療供給体制の発展に伴って増大するが、それは健康度の悪化によるものではなく、寿命の低減ももたらさなかった、という歴史的事実と類似している。

2. ケアサイクルと健康寿命

「平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」によれば退所して家庭に戻る割合は介護老人保健施設で23.8%、介護療養型医療施設でも12.1%とされている。一般世帯において調査時に寝たきりであったり介護が必要であった人も、その後回復して通常の生活に戻ることも多くあるだろう。今回用いた健康寿命の算出方法は、Sullivan法を用いているので、寝たきり者や要介護者が次の年齢階級時に健康になっていれば、それは健康者としてカウントされるが、同じ年齢階級内で要介護や寝たきり状態が変化した場合はうまくカウントできないことになる。寝たきりや要介護の期間のデータは長期にわたって得られないので今回は考慮していないが、寝たきりや要介護の期間が短ければ実際の健康寿命はより長くなる。つまり本稿で算出された健康寿命はこの点を考えると過少である可能性がある。とくに2000年以降の介護不要寿命の停滞を考える際には、この「介護の期間と変化」についてより考慮する必要があると思われる。長谷川（2012）によれば、今後の医療は、必要に応じて地域（家庭）、医療施設、介護・福祉施設を利用しながらケアサイクルを確立することが重要であるとされ、また地域包括ケアの

推進により、地域（家庭）とこれら施設の有機的な連携が進み、健康と不健康の区別はあいまいとなり、なんらかの障害を有するがまあまあ元気な高齢者が増えていくと考えられる。このような社会の健康度をいかに定義して正確にとらえるかが今後の課題であろう。

E. 結論

日本の寝たきり寿命および自立寿命の推移をみると、それは平均寿命の伸長と同じように伸長している。ということは、高齢化が進んだ現在と同様に 1970 年代でも、平均寿命における寝たきり期間の割合は同じであり、現在高齢化がはじまったばかりの国でも寝たきり者数はそれなりにいることが推測される。日本の場合でも、「寝たきり者」が認識され調査項目に取り入れられたのは 1978 年であり、そのような状況に現在の新興国は置かれているのではないかと推測される。国際保健の文脈では妊産婦や乳幼児の健康に対する関心は高く、そのデータは現在ではかなり充実しているが、高齢者の健康に関わるデータは非常に不足している。まず正確にこれらの状況を把握することが必要であろう。

日本では 2000 年に介護保険制度が始まり、おそらくそれに呼応して要介護期間が長くなった。医療供給が充実して有病率が高くなったように、医療や介護は提供制度を拡充すればみかけの不健康度は高くなる。しかし結果として平均寿命が伸長しているのであれば、その不健康度の上昇は正当化されるものであるかもしれない。医療や介護サービスの提供は、そのコストをカバーできてこそ成り立つものである。経済的余裕がなければ健康→発病→死亡へと直結し、平均寿命はのびないが、平均寿命と健康寿命の差も拡大しないであろう。リソースが限られている社会において、健康寿命がどのように推移しているのか分析し比較することで、必要な施策についての展望も開けるのではないかと思われる。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

I. 文献

- Shuji Hashimoto, Miyuki Kawado, Hiroya Yamada, Rumi Seko, Yoshitaka Murakami, Masayuki Hayashi, Masahiro Kato, Tatsuya Noda, Toshiyuki Ojima, Masato Nagai, and Ichiro Tsuji (2012) “Gains in Disability-Free Life Expectancy From Elimination of Diseases and Injuries in Japan”, *Journal of Epidemiology* 22(3), pp.199-204

- Reiko Hayashi (1989) “Le calcul de l'espérance de vie sans alitement - L'évaluation qualitative de la prolongation de l'espérance de vie au Japon”, *Rapport de stage, DESS - Economie et Gestion du Système de Santé, Université Paris I*

- Sidney Katz, Laurence G. Branch, Michael H. Branson, Joseph A. Papsidero, John C. Beck and David S. Greer (1983) “Active Life Expectancy” New England Journal of Medicine, 309:1218-24
- Barkev S.Sanders (1964) “Measuring community health levels” American Journal of Public Health, vol.54, no.7, pp.1063-1070
- Daniel F. Sullivan (1971) “A single index of mortality and morbidity”, HSMHA Health Report 86, pp.347-354
- Andrei Rogers, Richard G.Rogers, Laurence G.Branch (1989) “A Multistate Analysis of Active Life Expectancy” Public Health Reports, vol.104(3), pp.222-226
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013) “World Population Prospects: The 2012 Revision”, CD-ROM Edition
- Vanessa Yong and Yasuhiko Saito (2009) “Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986 – 2004”, Demographic Research, Volume 20, Article 19, pp.467-494
- 井上俊孝、重松峻夫、南条善治 (1997) 「日本の 1990 年健康生命表・世界最長寿命の質の検討」『民族衛生』第 63 巻第 4 号 pp.226-240
- 川越雅弘・三浦研 (2008) 「我が国の高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』 Autumn No.164
- 郡司篤晃、林玲子 (1991) 「質を考慮した健康指標とその活用」第 43 回日本人口学会報告資料
- 小泉明 (1985) 『人口と寿命』東京大学出版会
- 国民生活審議会調査部会編 (1974) 『社会指標 - よりよい暮らしへの物さし』
- 齋藤安彦 (2001) 「健康状態別余命の年次推移：1992 年・1995 年・1998 年」『人口問題研究』 vol.57-4, pp.31-50
- 齋藤安彦 (1999) 『健康状態別余命』日本大学人口研究所 研究報告シリーズ No.8
- 重松峻夫、南条善治 (1984) 「健康生命表作成について」日本人口学会九州部会報告要旨
- 辻一郎(1998)『健康寿命』麦秋社
- 橋本修二 (1998)『保健医療福祉に関する地域指標の総合的開発と応用に関する研究』平成 9 年度厚生科学研究費補助金（統計情報高度利用総合研究事業）報告書
- 長谷川敏彦 (2012) 「医療福祉の視点からまちづくりを考えるー今なぜ「医療・福祉」と「まちづくり」なのかー」『老いる都市と医療を再生する - まちなか集積医療の実現策の提示』、NIRA 研究報告書
- 林玲子、郡司篤晃 (1989)「健康寿命の計算-日本における平均寿命伸張の質的評価」第 54 回日本民族衛生学会総会講演集、Vol.55, pp.148-149
- 林玲子 (1990)「平均健康余命の計算」東京大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文（未公刊）
- 菱沼従尹、曾田長宗 (1983) 「健康度の考え方をとり入れた生命表作成方法に関する研究、新旧生命表の比較による問題点の究明」機関誌ライフスパン Vol.3

別表1 国民健康調査・厚生行政基礎調査・国民生活基礎調査における健康指標の変遷

		調査日前後の就床状況	過去1年間の就床日数	過去1ヶ月ずっと寝ている	過去1ヶ月の就床日数	寝たきりの状況	介護/手助けや見守りの要否	ADL	日常生活の自立の状況
昭和49年	1974	国健	国健						
昭和50年	1975	国健	国健						
昭和51年	1976	国健	国健						
昭和52年	1977	国健	国健						
昭和53年	1978	国健	国健			厚基			
昭和54年	1979	国健	国健						
昭和55年	1980	国健	国健						
昭和56年	1981	国健	国健			厚基			
昭和57年	1982	国健	国健						
昭和58年	1983	国健	国健						
昭和59年	1984	国健	国健			厚基			
昭和60年	1985	国健	国健						
昭和61年	1986	国生:健康		国生:健康	国生:健康	国生:世帯	国生:世帯	国生:世帯	
昭和62年	1987								
昭和63年	1988								
平成1年	1989	国生:健康		国生:健康	国生:健康	国生:世帯	国生:世帯	国生:世帯	
平成2年	1990								
平成3年	1991								
平成4年	1992	国生:健康		国生:健康	国生:健康	国生:世帯	国生:世帯	国生:世帯	
平成5年	1993								
平成6年	1994								
平成7年	1995			国生:健康	国生:健康	国生:世帯	国生:世帯	国生:世帯	
平成8年	1996								
平成9年	1997								
平成10年	1998			国生:健康	国生:健康	国生:世帯	国生:世帯	国生:世帯	
平成11年	1999								
平成12年	2000								
平成13年	2001				国生:健康		国生:世帯	国生:介護	国生:世帯
平成14年	2002								
平成15年	2003								
平成16年	2004				国生:健康		国生:世帯	国生:介護	国生:世帯
平成17年	2005								
平成18年	2006								
平成19年	2007				国生:健康		国生:世帯	国生:介護	国生:世帯
平成20年	2008								
平成21年	2009								
平成22年	2010				国生:健康		国生:世帯	国生:介護	国生:世帯

別表 2 非健康期間と健康余命

男	平均 寿命	非健康期間				健康寿命			
		①就床期間	②寝たきり 期間	③要介護 期間	④非自立 期間	①非就床 寿命	②非寝たき り寿命	③介護不要 寿命	④自立寿命
1974	71.16	3.35				67.80			
1975	71.76	3.73				68.03			
1976	72.15	3.99				68.16			
1977	72.69	3.64				69.05			
1978	72.97	3.69	0.64			69.28	72.33		
1979	73.46	3.43				70.03			
1980	73.32	3.71				69.62			
1981	73.79	3.73	0.70			70.05	73.09		
1982	74.22	3.33				70.88			
1983	74.20	3.36				70.84			
1984	74.54	3.42	0.71			71.12	73.83		
1985	74.84	3.44				71.40			
1986	75.23		0.36	0.52			74.87	74.71	
1989	75.91		0.40	0.81			75.51	75.10	
1992	76.09		0.30	1.00			75.78	75.09	
1995	76.38		0.27	0.95			76.11	75.43	
1998	77.16		0.29	0.98			76.87	76.18	
2001	78.07			2.05	0.31			76.02	77.76
2004	78.64			2.38	0.32			76.26	78.31
2007	79.19			3.34	0.35			75.84	78.84
2010	79.55			3.45	0.35			76.10	79.20

女	平均 寿命	非健康期間				健康寿命			
		①就床期間	②寝たきり 期間	③要介護 期間	④非自立 期間	①非就床 寿命	②非寝たき り寿命	③介護不要 寿命	④自立寿命
1974	76.31	3.90				72.41			
1975	76.95	4.43				72.52			
1976	77.35	4.34				73.01			
1977	77.95	4.23				73.72			
1978	78.33	4.09	0.88			74.24	77.45		
1979	78.89	4.02				74.87			
1980	78.72	4.19				74.54			
1981	79.13	4.06	0.93			75.07	78.20		
1982	79.66	3.86				75.81			
1983	79.78	3.85				75.94			
1984	80.18	3.92	1.05			76.25	79.12		
1985	80.46	4.09				76.38			
1986	80.93		0.42	0.63			80.51	80.30	
1989	81.77		0.63	1.20			81.13	80.57	
1992	82.22		0.50	1.44			81.71	80.78	
1995	82.85		0.51	1.47			82.34	81.37	
1998	84.01		0.57	1.71			83.44	82.30	
2001	84.93			4.02	0.66			80.91	84.27
2004	85.59			4.10	0.56			81.49	85.02
2007	85.99			5.14	0.61			80.85	85.38
2010	86.30			5.38	0.54			80.92	85.76